

## **Здравоохранение: вызовы и варианты ответов**

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. (далее - Концепция), утвержденная Правительством Российской Федерации в ноябре 2008 г., в качестве приоритетных задач развития системы здравоохранения называет:

- 1) обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме;
- 2) модернизация системы обязательного медицинского страхования и развитие системы добровольного медицинского страхования;
- 3) повышение эффективности системы организации медицинской помощи;
- 4) улучшение лекарственного обеспечения граждан;
- 5) информатизация системы здравоохранения;
- 6) развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду;
- 7) совершенствование системы охраны здоровья населения;
- 8) реализация приоритетного национального проекта "Здоровье" (2009 - 2012 годы).

За прошедшие два года наиболее существенные продвижения достигнуты в решении второй и восьмой задач. Результативность действий по остальным направлениям менее очевидна и требует специального анализа, для проведения которого недостаточно информации, находящейся в открытом доступе.

Анализ содержания Концепции показывает, что в ней не обозначен или недостаточно рельефно обозначен целый ряд вызовов, стоящих перед системой здравоохранения. В качестве основы для последующего обсуждения таких вызовов и вариантов действий государства в ответ на них предлагается рассмотреть следующие:

### ***1. Распределение ответственности за финансирование здравоохранения***

Гарантии оказания бесплатной медицинской помощи населению носят декларативный характер. Несмотря на рост государственного финансирования здравоохранения (за период с 2001 г. по 2009 г. увеличение в реальном выражении – в 1,6 раза), расходы на оказание платных медицинских услуг росли более высокими темпами (увеличение за тот же период в реальном выражении в 1,7 раза). Увеличивается доля пациентов, платящих за получение медицинской помощи. Более четверти медицинских обследований и процедур проводится за плату. В 2009 г. среди лечившихся в стационарах 20% пациентов оплачивали лечение. Стоматологическая помощь была платной для 68% обратившихся за ней. Фактически значительная часть населения соучаствует в оплате медицинской помощи, входящей в состав государственных гарантий.

Стоимость медицинских услуг неизбежно будет увеличиваться вследствие появления новых сложных и капиталоемких медицинских технологий. Государство не обеспечивает сейчас и не сможет обеспечить в будущем бесплатное предоставление медицинской помощи всему населению на высоком технологическом уровне. Соучастие населения в финансировании растущих затрат на здравоохранение является необходимым условием его дальнейшего развития.

Однако сейчас разделение ответственности между государством, населением, работодателями является несправедливым и нерациональным. Бесплатная медицинская помощь очень часто оказывается низкокачественной или несвоевременной.

Желание получить более качественные медицинские услуги и сократить время их ожидания достигается двумя способами – их приходится полностью оплачивать в кассу или (и) платить в руки медицинскому персоналу.

Несправедливость состоит в том, что тот, кто не платит, рискует своим здоровьем, а тот, кто платит в кассу – полностью несет финансовые издержки без соучастия государства. Такая же ситуация возникает и при покупке полиса добровольного медицинского страхования (ДМС): средства обязательного медицинского страхования (ОМС) при этом для пациента «теряются». При оплате в руки затраты между государством и пациентом распределяются более справедливо, но такое распределение является нерациональным для государства.

Наше население предпочитает платить при возникновении необходимости в лечении, а не покупать полисы ДМС. Такое поведение нерационально с точки зрения эффективной организации финансирования здравоохранения. Но иных форм предоплаты медицинской помощи населению пока широко не предлагается.

Возможен целый ряд вариантов ответа на эти вызовы.

#### *1) Конкретизация государственных гарантий*

Сейчас рационалирование бесплатной медицинской помощи, как правило, происходит в неявных формах и опосредуется неформальными платежами. Альтернативой является конкретизация гарантий оказания бесплатной медицинской помощи через медико-экономические стандарты лечения и порядки оказания медицинской помощи при заболеваниях. Бесплатно гарантируется то, что включено в стандарты и порядки. Все что за рамками стандартов и порядков – за плату, если только это не является вынужденной альтернативой по медицинским показаниям. Данный вариант действий отражает позицию Минздравсоцразвития России.

Такая конкретизация гарантий связана с рисками двоякого рода:

Первый риск – стандарты будут слишком дорогими для государства, поскольку при их разработке не удастся избежать «завышения планки» по сравнению с реальными финансовыми возможностями; стандарты будут иметь характер желаемого, а не возможного.

Второй риск – решение о том, что предоставляется бесплатно, а что нет, может при таком подходе оказаться фактически делегировано самим врачам. А это создаст новые возможности для получения неформальных платежей и может негативно сказаться на доступности бесплатной помощи.

#### *2) Введение соплатежей за оказываемые услуги*

Возможны разные схемы установления соплатежей пациентов за получаемое ими лечение:

- фиксированные в абсолютном выражении размеры со-оплаты за посещение врача, за день пребывания в больнице и т.д. (такие соплатежи применяются во многих странах Европы);
- покрытие определенной доли стоимости оказанных услуг (такая схема используется во Франции),

- покрытие разницы между полной стоимостью оказанных услуг и величиной гарантируемого государством размера оплаты услуг такого вида;

Введение таких схем сочетается с полным освобождением от соплатежей или дифференциации их размеров для определенных категорий населения: неимущих, инвалидов и т.д.

Риски введения таких схем связаны с тем, что при установлении их размеров для разных категорий населения и жителей разных регионов и населенных пунктов не удастся избежать ухудшения доступности медицинской помощи для целого ряда категорий населения: часть тех, кто раньше не платил, будут вынуждены платить. А это может повлечь акты социального протеста, как в случае введения в 2005 г. монетизации льгот.

Соплатежи смогут сдерживать рост практик неформальной оплаты и даже сократить их, но высок риск того, что через некоторое время неформальные практики вновь станут расти.

### 3) *Сочетание ОМС и ДМС*

Данный вариант предусматривает частичное объединение средств ОМС и ДМС. При покупке полиса ДМС, включающего существенную часть медицинской помощи, входящей в программу ОМС, страховщик по ДМС получает из системы ОМС за данного застрахованного определенную сумму средств. А именно: часть подушевого норматива затрат на одного застрахованного в системе ОМС, соответствующую той части медицинской помощи, которая покрывается полисом ДМС.

Главными проблемами реализации такого рода схемы является то, что система ОМС потеряет часть средств, которые сегодня используются на оплату медпомощи гражданам, не имеющим страховки по ДМС. Эти потери придется компенсировать увеличением государственных расходов.

Реализация такой схемы потребует внесения существенных изменений не только в закон об обязательном медицинском страховании, но и в закон об организации страхового дела.

Основной риск данной схемы состоит в том, что она существенно не скажется на стоимости страховок по ДМС и не улучшит привлекательность ДМС для населения и работодателей.

Но следует отметить, что такой подход может оказаться привлекательным для богатых регионов, которые смогут формировать программы соучастия регионального бюджета и населения в оплате страховой программы, превышающей по стоимости базовую программу ОМС. Другими словами, такой подход позволит трансформировать территориальные программы ОМС, превышающие по объему гарантий базовую программу ОМС, в программы ДМС с соучастием населения и государства.

### 4) *Софинансирование страхового взноса на ОМС*

Разрешение страховым медицинским организациям, участвующим в ОМС, предлагать дополнительные услуги сверх определенных в территориальной программе ОМС и устанавливать дополнительный страховой взнос за эти услуги (такая схема действует в Германии).

Основная проблема здесь состоит в том, что перечень видов помощи, включенных в базовую и соответственно в территориальные программы ОМС, очень широк, и брать

дополнительный взнос можно будет только за повышенный комфорт и дополнительные виды помощи, но не за более высокое качество оказания основной медицинской помощи. Продуктивная реализация этого подхода требует конкретизации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Общий риск для всех четырех обозначенных вариантов состоит в ограниченном влиянии на неформальные платежи. Но нужно отдавать себе отчет в том, что быстрых успехов в сокращении практик неформальной оплаты достичь невозможно.

Главный trade-off при выборе варианта действий по распределению ответственности за финансирование здравоохранения состоит в следующем:

Обеспечение доступности бесплатной медицинской помощи vs повышение качества медицинской помощи.

Если хотим сохранить гарантии и обеспечить повышение реальной доступности бесплатной медицинской помощи, то достигаем этого ценой качества этой бесплатной помощи (низкого уровня качества, и даже, возможно, его снижения). Хотим воздерживаться от действий, идущих наперекор социальным ожиданиям (что государство должно обеспечить бесплатно доступную и качественную медицинскую помощь) - проигрываем в возможностях получения населением качественной медицинской помощи. Если же создаем институциональные условия для роста качества помощи, то неизбежно придется жертвовать существующими гарантиями.

Любое решение повлечет за собой усиление социальной напряженности. Реальный выбор для государства состоит между всплеском социального напряжения от пересмотра гарантий и более медленным, но накапливающимся социальным напряжением от проблем с доступностью качественной медицинской помощи.

## ***2. Дифференциация доступности медицинской помощи, гарантируемой государством***

Особенностью экономического роста в нашей стране является усиление региональной дифференциации в уровне экономического развития. Соответственно росли и будут расти различия в возможностях регионов финансировать здравоохранение. За последние 13 лет (с 1996 г. по 2009 г.) уровень неравенства в подушном финансировании здравоохранения из региональных бюджетов, измеряемый индексом Джини, увеличился с 0,195 почти на треть - с 0,195 до 0,252. Совокупные государственные расходы на здравоохранение (бюджет + ОМС) в подушном выражении различаются для наиболее и наименее обеспеченных регионов в 4-5 раз.

Новый закон об ОМС предусматривает выравнивание финансового обеспечения территориальных программ ОМС на уровне единого подушного норматива финансирования ОМС, которое будет обеспечено с 2014 г. путем перераспределения Федеральным фондом ОМС взносов на ОМС между регионами.

Такое достаточно быстрое – всего за три года – решение задачи выравнивания финансового обеспечения территориальных программ ОМС в регионах сопряжено с двоякого рода рисками:

В результате масштабного перераспределения средств в богатых регионах произойдет уменьшение финансового обеспечения территориальной программы ОМС. Это приведет к снижению доступности бесплатной медицинской помощи и к росту ее замещения платными медицинскими услугами.

В относительно бедных регионах возникает риск иного рода – риск крайне неэффективного использования значительно увеличившихся финансовых ресурсов на выполнение их территориальных программ ОМС. Дополнительные средства будут «освоены» без адекватных изменений в доступности и качестве оказываемой населению помощи.

Альтернативой является сокращение той части взносов на ОМС, которая подлежит перераспределению и сохранение за регионами той же части взносов работодателей на ОМС, которой они распорядились самостоятельно до 2011 г. (2% от фонда оплаты труда из 3,1% до 2011 г. и из 5,1% с нынешнего года). Средства для выравнивания при этом будут формироваться за счет 1,1% от фонда оплаты труда, как это и было ранее, и дополнительных 2%, введенных с 2011 г., но направляемых в течение 2011-2012 гг. на финансирование региональных программ модернизации здравоохранения.

Такое решение обеспечит более медленное, но социально более приемлемое сглаживание различий между регионами в уровне финансовой обеспеченности территориальных программ ОМС.

### **3. Неэффективная организация медицинской помощи**

#### *3.1. Слабая преемственность между этапами оказания медицинской помощи*

Существующая организация медицинской помощи в России характеризуется сегментированностью оказания различных ее видов: первичной, специализированной амбулаторной, стационарной, медико-социальной, и некомплексностью лечебно-диагностического процесса. Разные звенья оказания медицинской помощи связаны друг с другом потоками пациентов, но слабо или вообще не координируют свои действия. Каждое звено медицинской амбулаторной помощи отвечает только за свой участок работы, соответствующий определенной области знаний. На стыках между разными звеньями находится основная часть «зон неэффективности» (высокая нагрузка на специалистов из-за низкой результативности работы первичного звена, высокая доля необоснованных госпитализаций из-за низкой результативности работы поликлиник, дублирование диагностических исследований в стационарах из-за их низкого качества в поликлиниках и т.д.).

Возможны два направления действий по решению этой проблемы. Они альтернативны не друг другу, а сохранению существующей организации медицинской помощи:

- 1) Ускоренный рост числа врача общей практики. Этот врач начинает выполнять функции координации помощи, оказываемой прикрепившимся к нему пациентам на разных этапах лечения. Он становится ключевой фигурой в управлении оказанием медицинской помощи.
- 2) Интеграция стационарной и амбулаторной помощи на базе стационаров. Комплексность достигается путем расширения участия врачей стационаров в оказании амбулаторной помощи.

Реализация первого варианта сталкивается со сложностями массового переобучения врачей-терапевтов во врачей общей практики. Не все смогут работать по-новому. Повышение привлекательности профессии врача терапевта и врача общей практики потребует новых вложений со стороны государства.

Второй вариант актуален в городах, где поликлиники отделены от стационаров. Он потребует перераспределения финансовых ресурсов системы ОМС от оплаты специалистов поликлиник в пользу оплаты специалистов стационаров. Это повлечет за собой необходимость пересмотра модели поликлиники и ее трансформации в организацию, оказывающую преимущественно первичную медицинскую помощь.

Главный trade-off здесь между, с одной стороны, ростом эффективности организации медицинской помощи и, с другой стороны, социальными издержками преобразований для терапевтов и узких специалистов поликлиник и отчасти для населения (усиление роли участкового означает сокращение возможностей для пациента самостоятельно обращаться к узким специалистам и в стационар; перемещение специализированной амбулаторной помощи в поликлинические отделения стационаров может ухудшить ее территориальную доступность для населения).

### *3.2. Соотношение факторов роста качества медицинской помощи: новое оборудование и рост квалификации.*

Большинство российских врачей связывают улучшение качества медицинской помощи прежде всего с повышением уровня материально-технического оснащения медицинских учреждений. В последние годы благодаря Национальному проекту «Здоровье» оснащенность поликлиник и стационаров медицинским оборудованием заметно улучшилась. Но используется имеющееся оборудование зачастую с низкой эффективностью. Одной из главных причин этого является недостаток квалифицированных кадров. С этой же проблемой столкнулись и при организации работы новых федеральных центров, построенных на периферии. Низкая квалификация отличает многих наших врачей от их западных коллег. Между тем в распределении государственных средств, и в частности в национальном проекте «Здоровье», повышение квалификации медицинских работников и изменения в системе их подготовки являются фактически низко приоритетными направлениями.

Варианты дальнейших действий состоят либо в продолжении политики приоритетного инвестирования государственных средств в материально-вещественную составляющую системы здравоохранения, либо в изменении приоритетов в пользу инвестиций в человеческий капитал (профессиональные компетенции) медицинских работников.

### *3.3. Избыточность коечного фонда, структурные диспропорции в оказании стационарной помощи*

Развитие советского здравоохранения долгое время шло по пути приоритетного развития стационарной помощи, открытия новых клиник, наращивания коечного фонда. За последние 20 лет коечный фонд заметно сократился, прежде всего за счет маломощных больниц. Но по обеспеченности койками мы все еще опережаем большинство стран с развитой экономикой (в России 97 коек на 10000 человек в 2008 г., в странах ЕС – 53). Организация медицинской помощи в нашей системе характеризуется большой долей необоснованных госпитализаций (по экспертным оценкам, от 30 до 40% пациентов стационаров могли бы с той же

результативностью быть пролечены в амбулаторных условиях) и большой длительностью лечения в стационарах (в России в среднем 13 дней, в странах ОЭСР – 6,5). При этом избыточность коечного фонда по одним профилям сочетается с его недостаточностью по другим и с раздробленностью специализированных коек по мелким отделениям, снижающим эффективность их работы. Повышение эффективности системы оказания стационарной помощи требует проведения ее реструктуризации.

Возможны следующие варианты ее проведения:

- 1) Реструктуризация «снизу»: эволюционная реструктуризация, обеспечиваемая путем развития конкуренции между стационарами, побуждающей их к оптимизации объема и структуры своего коечного фонда.
- 2) Реструктуризация «сверху»: плановая реструктуризация сети стационаров, обеспечивающая оптимизацию коечного фонда в региональном масштабе: дифференциация больниц по интенсивности лечения, перераспределение и концентрация специализированного коечного фонда, сокращение избыточных коек по ряду профилей и т.д. К числу возможных решений относится интеграция стационаров, создание больничных объединений и т.п.

Риски первого варианта состоят в том, что, как показывает зарубежная практика, развитие конкуренции может и не повлечь существенных изменений в структуре коечного фонда. Силы конкуренции могут оказаться слабее стремления сохранить сложившиеся коллективы, привычные для пациентов места лечения и т.п.

Риски второго варианта связаны с усилением монополизма реформированных медицинских учреждений, усложнением решения задач роста эффективности их работы в последующем.

Главный trade –off при выборе вариантов действий: доступность медицинской помощи vs ее качество и эффективность. Сохранение или усиление территориальной доступности стационарной медицинской помощи оборачивается медленным и слишком дорогим прогрессом в росте ее качества и эффективности. Повышение качества и эффективности неизбежно сказывается на снижении транспортной доступности.

#### *3.4. Наличие параллельных (ведомственных) систем*

Избыточность коечного фонда в нашей стране частично обусловлена наличием ведомственных систем здравоохранения и фактическим дублированием мощностей медицинских учреждений, расположенных на одной территории. При этом сохраняются и экономические, и административные барьеры к использованию ведомственных ЛПУ для оказания помощи по программе государственных гарантий для населения, не принадлежащего к числу работников соответствующих ведомств. Это неполный тариф в системе ОМС, не возмещающий всех видов затрат на оказание медицинской помощи, и потому делающий участие в ОМС экономически невыгодным для ведомственных учреждений. Это и прямые запреты допускать в ведомственные ЛПУ людей со стороны.

Варианты действий по рационализации использования совокупного ресурсного потенциала государственных, муниципальных и ведомственных медицинских учреждений:

- 1) Внедрение полного тарифа в системе ОМС и конкурсного формирования государственного заказа на оказание медицинских услуг.
- 2) Создание механизмов участия ведомственных ЛПУ в формировании территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи в планировании распределения ее объемов в регионе.
- 3) Автономизация ведомственных учреждений (перевод в тип автономного учреждения или в иные формы самостоятельных юридических лиц) в сочетании с введением системы дополнительного медицинского страхования госслужащих и других категорий работающих.

Главный trade –off при выборе направления дальнейших действий – между доступностью медицинской помощи для избранных категорий и эффективностью системы здравоохранения в целом.

#### **4. Технологические вызовы**

Усложнение технологий диагностики и медицинских вмешательств, развитие технологий лекарственной терапии, дистанционных методов диагностики и мониторинга состояния больного, домашней модели оказания медицинской помощи, – все это предъявляет новые вызовы традиционной организации здравоохранения. Новые технологические возможности будут формировать потребности в усилении специализации оказания медицинской помощи, развитии стационарозамещающих ее форм, включая совершенствование организации лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении, а также в формировании телекоммуникационной системы взаимодействия медицинских учреждений и пациентов.

Это порождает проблему выбора приоритетов государственного финансирования в сфере новых медицинских технологий и лекарственного обеспечения. Варианты действий:

- 1) Сохранение приоритетности вложений во внедрение новых технологий диагностики и медицинских вмешательств.
- 2) Перераспределение средств в пользу лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении; поэтапное создание системы лекарственного страхования при амбулаторном лечении.
- 3) Перераспределение средств в пользу развития системы телекоммуникаций в здравоохранении.

Реализация того или иного варианта означает, что развитие других направлений будет осуществляться преимущественно за счет частного финансирования.

Основной риск реализации первого варианта состоит в неэффективном использовании государственных средств вследствие сохранения коррупционных практик организации закупок медицинского оборудования и недостатка квалифицированных кадров для работы с ним, о чем уже говорилось выше.

При введении лекарственного страхования возникает риск эскалации затрат государства, как это имело место в программе ДЛО.



При масштабном инвестировании в развитие телекоммуникаций возникают риски неэффективного использования средств вследствие сохранения коррупционных практик государственных закупок, а также риск деперсонализации ответственности последствия медицинских вмешательств при использовании дистанционных технологий диагностики и лечения.

## ***5. Повышение эффективности государственного управления***

Необходимым условием модернизации российского здравоохранения является повышение эффективности самой системы государственного управления. Общим для всех сфер деятельности государства условием решения этой задачи является уменьшение коррупции. Вместе с тем применительно к сфере здравоохранения имеются и специфические проблемы.

### ***5.1. Централизация или децентрализация управления в здравоохранении?***

Российская система здравоохранения характеризуется иерархичной организацией сети медицинских учреждений, наличием масштабных вертикальных программ, финансируемых из федерального бюджета, значительным перераспределением финансовых ресурсов системы ОМС между регионами. Для такой системы особенно значим вопрос о том, какое распределение полномочий между федеральным, региональным и муниципальным уровнями управления более эффективно?

Новый закон об обязательном медицинском страховании реализуют линию на резкое усиление централизации финансирования и управления здравоохранением. В современных условиях централизация позволит решить ряд тактических задач и может повысить эффективность государственного управления в этой сфере в ближайшие годы. Но она одновременно порождает риски снижения или размывания ответственности нижестоящих уровней за результативность системы здравоохранения. Смещение ответственности за финансирование территориальных систем здравоохранения на федеральный уровень может в перспективе привести к обратным результатам – снижению эффективности государственного управления на региональном и муниципальном уровнях. Территориальные органы управления, сохраняя полномочия организации медицинской помощи, будут распоряжаться существенно меньшим объемом финансовых средств, а система ОМС, получив в распоряжение значительные финансовые ресурсы, становится в высокой степени автономной по отношению к территориальным органам власти. В итоге трудней будет обеспечить координацию их деятельности, в частности для решения задач реструктуризации территориальных систем здравоохранения.

В качестве альтернативы предлагается рассматривать централизацию как тактический этап решения задачи повышения эффективности работы нижестоящих звеньев с последующим перераспределением полномочий в их пользу.

### ***5.2. Повышение эффективности вертикальных программ***

Национальный проект «Здоровье», несомненно, оказывает ощутимое позитивное влияние на результативность всей системы здравоохранения. Вместе с тем критерии принятия решений о составе его компонент и о распределении между ними ресурсов непрозрачны. Сравнительная оценка эффективности использования ресурсов по отдельным его направлениям весьма затруднена вследствие недостатка доступных данных о его результатах. Между тем имеются свидетельства о том, что централизованно принимаемые решения о составе закупаемого в рамках проекта оборудования оказываются неэффективными.

В качестве альтернативы существующим процедурам управления Национальным проектом и любыми иными вертикальными программами предлагается:

- внедрять прозрачные механизмы принятия решений о приоритетах в распределении ресурсов между и внутри вертикальных программ и прозрачные механизмы оценки их эффективности;
- увеличивать самостоятельность нижних звеньев в определении путей реализации задач вертикальных программ.

Главный trade-off в определении специфических для сферы здравоохранения путей повышения эффективности государственного управления – это выбор между надежностью, предсказуемостью результатов использования выделяемых средств и их эффективностью. Другими словами: или гарантируемая результативность, или более высокая эффективность, но с большими рисками.